



LE STIAMO INVIANDO UN DOCUMENTO FISCALE IMPORTANTE

Lei o un membro della vostra famiglia ha sottoscritto un'assicurazione sanitaria ma non ha ricevuto assistenza per il pagamento totale o per parte di questa nel 2018 e potrebbe necessitare di questo modulo per la dichiarazione delle imposte federali

Nel 2018, lei o un membro della sua famiglia ha acquistato un'assicurazione sanitaria tramite il NY State of Health ma non ha ricevuto assistenza per il pagamento totale di tale assicurazione o per parte di essa. In base al suo reddito, potrebbe comunque avere diritto a forme di assistenza fiscale. L'assistenza è erogata in forma di credito d'imposta (definito Credito Premium o PTC) e può aumentare il rimborso o diminuire la quantità d'imposta dovuta per il pagamento delle imposte federali sul reddito 2018.

Durante la compilazione della dichiarazione dei redditi per il pagamento delle imposte federali, utilizzare il modulo dell'Agenzia delle entrate (IRS) 8962 per determinare se tale diritto le spetta. Se dal modulo IRS 8962 risulta che il suo reddito è superiore al 400% della soglia di povertà federale, non ha diritto all'assistenza. È possibile ottenere il modulo 8962 all'indirizzo: www.irs.gov.

COME RICEVERE ASSISTENZA

Se il suo reddito è pari o inferiore al 400% della soglia di povertà federale, ecco il modo in cui ricevere assistenza. Quando compila la dichiarazione dei redditi per le imposte federali, compili il modulo IRS 8962 usando il relativo modulo 1095-A allegato e la tabella dei premi allegata. Il modulo IRS 8962 contiene notizie relative all'importo assistenziale che è possibile ottenere.

È IMPORTANTE SAPERE...

PERCHÈ POTREBBE RICEVERE ALTRI MODULI

Riceverà un modulo 1095-A per ogni piano sanitario Bronzo, Argento, Oro o Platino sottoscritto da lei o da un membro della sua famiglia nel 2018. Riceverà più moduli 1095-A se ha modificato la sua copertura NY State of Health nel 2018. Il modulo 1095-A non si invia per i piani Catastrophic o Medicaid, Child Health Plus, o per Essential Plan poiché con tali piani non si ha diritto al credito d'imposta.

Oltre al modulo 1095-A, è possibile ricevere altri importanti moduli per fiscali. Si tratta dei moduli 1095-B e 1095-C.

Se, nel 2018, lei o un membro della sua famiglia era coperto da Medicaid, Child Health Plus o Essential Plan nel New York State, riceverà il modulo 1095-B dal New York State. In caso di altri tipi di copertura, come con piano Catastrophic, Medicare Parts A o C, TRICARE, copertura fornita dal Department of Veterans Affairs o altri tipi di assicurazione sanitaria forniti dal datore di lavoro riceverà il modulo 1095-B o il modulo 1095-C da altri enti. Il NY State of Health fornisce esclusivamente il modulo 1095-A e non i moduli 1095-B e 1095-C.

**COME
RICEVERE
RISPOSTE
ALLE SUE
DOMANDE**

Se ritiene che siano stati effettuati errori nella compilazione del modulo 1095-A, chiamare il NY State of Health **il prima possibile al numero 1-855-766-7860** in modo da poter correggere gli errori.

Per domande sul modulo 1095-A, sui crediti d'imposta o sulla tabella del premi allegata **visitare <http://info.nystateofhealth.ny.gov/TaxCredits>, chiamare il NY State of Health al numero 1-855-766-7860, o chiamare la Community Health Advocate's Helpline al numero 1-888-614-5400.**

In caso di domande sui moduli 1095-B o 1095-C ricevuti, chiamare il numero indicato su tali moduli.

Per domande sul modulo 8962 o altre questioni fiscali, visitare **www.irs.gov**.

COME UTILIZZARE LA TABELLA ALLEGATA PER IDENTIFICARE IL SECONDO PREMIO MENSILE MENO COSTOSO DEL PIANO ARGENTO (SLCSP) PER IL MODULO 8962

Fase 1.

Identificare la contea in cui ha vissuto nel corso di ogni mese del 2018.

Fase 2.

Identificare il titolo della colonna che descrive meglio la sua copertura familiare. Il seguente elenco la aiuterà a identificare il titolo giusto. La copertura per la sua famiglia include tutti i membri del nucleo familiare coperti da un piano di assicurazione sanitaria ritenuto idoneo dal NY State of Health ed esclude gli aventi diritto ad altri tipi di copertura come: Medicaid, Child Health Plus, Essential Plan, Medicare Parts A o C, TRICARE, piani forniti dal Department of Veterans Affairs e la maggior parte dei piani per assicurazione sanitaria forniti dal datore di lavoro.

Fase 3.

Selezionare la cifra nella colonna di fronte alla sua contea. Questa cifra è il secondo premio mensile meno costoso SLCSP che si applica alla sua contea ed è la copertura familiare per il mese.

Se si è trasferito da una contea a un'altra nel corso del 2018 dovrà scegliere il premio mensile per ciascun mese trascorso in ciascuna contea. Infine, se la copertura familiare è cambiata nel corso del 2018, utilizzare il premio corretto per ciascun mese. Per ulteriori informazioni sulla compilazione del modulo, fare riferimento alla pubblicazione IRS 974 e alle istruzioni allegate al modulo IRS 8962.

LA SUA COPERTURA FAMILIARE INCLUDE...

UTILIZZARE COLONNA ...

TU. Lei è l'unica persona inclusa nella copertura familiare.

SINGOLO INDIVIDUO

TU E IL CONIUGE. Lei e il suo coniuge avete la stessa copertura familiare.

COPPIA

TU e CONIUGE. Lei e il suo coniuge siete inclusi nello stesso piano, **ma uno di voi ha accesso ad altri tipi di copertura assistenziale minima, come l'assicurazione sanitaria fornita dal datore di lavoro.**

SINGOLO INDIVIDUO

Lei e il suo PARTNER CONVIVENTE*. Lei e il suo partner convivente siete inclusi nello stesso **piano** ma siete inseriti in famiglie di copertura diverse.

SINGOLO INDIVIDUO

Lei e FIGLIO/I. Lei e suo/i suoi figlio/i siete inclusi nello stesso piano.

SINGOLO INDIVIDUO + figli

LEI più FIGLIO/I. Lei e un figlio siete inclusi nello stesso piano, **ma suo figlio ha accesso ad altri tipi di copertura minima essenziale.**

SINGOLO INDIVIDUO

LEI, CONIUGE e FIGLIO/I.** Lei, il suo coniuge e suo/i suoi figlio/i siete inclusi nello stesso piano.

COPPIA + FIGLI

SOLO un FIGLIO. Suo figlio non ha ancora compiuto 21 anni ed è incluso in un suo piano personale.

SOLO un FIGLIO

*Se il suo partner convivente è incluso nel suo nucleo familiare ai fini fiscali, è possibile utilizzare la colonna "COPPIA" invece della colonna "SINGOLO INDIVIDUO".

**In questo caso, se il suo partner convivente è incluso nel suo nucleo familiare ai fini fiscali, è possibile utilizzare la colonna "COPPIA e FIGLI".

Premi mensili 2018 per i secondi piani meno costosi dei piani argento (SLCSP) per tipo di famiglia di copertura

Tipo di copertura:	Singolo individuo	Coppia	Figli a carico di età inferiore a 26 anni		Figli a carico di età compresa fra 26-29 anni		Esclusivamente figlio * di età inferiore a 21 anni
			Singolo individuo + figlio/i	Coppia + Figlio/i	Singolo individuo + figlio/i	Coppia + Figlio/i	
Contea							
Albany	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Allegany	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Bronx	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Broome	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$254.61
Cattaraugus	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Cayuga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Chautauqua	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Chemung	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Chenango	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Clinton	\$575.29	\$1,150.58	\$978.00	\$1,639.59	\$987.78	\$1,655.98	\$254.29
Columbia	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Cortland	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Delaware	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$952.11	\$1,596.19	\$254.72
Dutchess	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Erie	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Essex	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Franklin	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Fulton	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Genesee	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Greene	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Hamilton	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Herkimer	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Jefferson	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Kings	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Lewis	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Livingston	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Madison	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Monroe	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Montgomery	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Nassau	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37

Tipo di copertura:	Singolo individuo	Coppia	Figli a carico di età inferiore a 26 anni		Figli a carico di età compresa fra 26-29 anni		Esclusivamente figlio * di età inferiore a 21 anni
Contea			Singolo individuo + figlio/i	Coppia + Figlio/i	Singolo individuo + figlio/i	Coppia + Figlio/i	
New York	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Niagara	\$520.91	\$1,041.82	\$885.55	\$1,484.59	\$899.89	\$1,508.63	\$229.65
Oneida	\$539.48	\$1,078.96	\$917.11	\$1,537.52	\$934.54	\$1,566.72	\$248.65
Onondaga	\$576.12	\$1,152.23	\$979.40	\$1,641.93	\$998.01	\$1,673.14	\$265.36
Ontario	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Orange	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Orleans	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Oswego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Otsego	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$254.29
Putnam	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Queens	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rensselaer	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Richmond	\$509.30	\$1,018.60	\$865.81	\$1,451.51	\$892.63	\$1,496.47	\$210.10
Rockland	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Saratoga	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schenectady	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Schoharie	\$526.81	\$1,053.61	\$895.57	\$1,501.40	\$904.53	\$1,516.42	\$232.87
Schuyler	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$270.40
Seneca	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
St Lawrence	\$570.71	\$1,141.43	\$970.21	\$1,626.53	\$979.91	\$1,642.80	\$248.65
Steuben	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Suffolk	\$536.95	\$1,073.89	\$912.81	\$1,530.29	\$917.03	\$1,537.37	\$229.37
Sullivan	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Tioga	\$599.92	\$1,199.84	\$1,019.86	\$1,709.76	\$1,039.23	\$1,742.25	\$265.36
Tompkins	\$609.09	\$1,218.18	\$1,035.46	\$1,735.91	\$1,045.82	\$1,753.26	\$270.40
Ulster	\$618.25	\$1,236.50	\$1,051.02	\$1,762.01	\$1,082.56	\$1,814.89	\$254.72
Warren	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Washington	\$522.62	\$1,045.24	\$888.45	\$1,489.46	\$897.34	\$1,504.36	\$227.69
Wayne	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66
Westchester	\$515.72	\$1,031.43	\$876.72	\$1,469.79	\$910.24	\$1,525.99	\$212.47
Wyoming	\$484.24	\$968.48	\$823.21	\$1,380.09	\$831.44	\$1,393.89	\$210.97
Yates	\$449.12	\$898.23	\$763.49	\$1,279.98	\$774.68	\$1,298.73	\$195.66

* La cifra del premio mensile per il solo figlio è il costo per figlio, fino a 3 figli, per figli di età inferiore a 21 anni. Se è presente un solo minore nel nucleo familiare di copertura, utilizzare esclusivamente la somma indicata per il premio mensile. Se sono presenti due minori nel nucleo familiare di copertura, moltiplicare il premio mensile di un solo minore per due. Se sono presenti tre o più minori nella copertura del nucleo familiare, moltiplicare il premio mensile per un solo minore per tre.

POLITICA DI NON-DISCRIMINAZIONE

Il NY State of Health si conforma a tutte le leggi federali sui diritti civili applicabili e non effettua discriminazioni in base a razza, colore, origine nazionale, sesso, età o disabilità nel proprio programma sanitario e nelle proprie attività.

Inoltre, il NY State of Health aderisce a tutte le leggi statali applicabili e non effettua discriminazioni basate su razza, colore della pelle, origine nazionale, credo o religione, sesso, stato civile/familiare, disabilità, fedina e accuse penali, identità di genere, orientamento sessuale, caratteristiche genetiche e fattori di predisposizione, stato di servizio militare, stato di vittima di violenza domestica e/o ritorsioni.

Il NY State of Health:

Fornisce assistenza e servizi gratuiti a persone con disabilità per comunicare con noi in modo efficace. Questi servizi, per esempio, includono:

- TTY tramite NY Relay Service
- Informazioni scritte in formati adatti come stampe di grandi dimensioni, formato audio, formato elettronico accessibile e altri formati

Servizi di assistenza linguistica gratuiti alle persone la cui lingua madre non è l'inglese, per esempio:

- Interpreti qualificati
- Informazioni scritte in altre lingue

Se necessitate di tali servizi o di ulteriori informazioni chiamate il numero 1-855-355-5777 (TTY 1-800-662-1220).

Se ritenete che il NY State of Health abbia effettuato discriminazioni nei vostri confronti potete presentare un reclamo sul sito: http://www.health.ny.gov/regulations/discrimination_complaints/ o per telefono al numero 518-473-1703 or 518-473-7883.

Inoltre, potete sporgere un reclamo relativo alla violazione di diritti civili all'U.S. Department of Health and Human Services (Dipartimento della Sanità e dei Servizi Umani degli Stati Uniti), Office for Civil Rights (Ufficio per i diritti civili) in formato elettronico su <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o inviando una lettera o telefonando allo U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; 800-368-1019 (TTY 800-537-7697). I moduli di reclamo sono disponibili all'indirizzo hhs.gov/ocr/office/file/index.html.